

(様式1)

平成 年 月 日
(応募期限：平成25年7月10日必着)

平成25年度中川区「地域の底力を応援」助成事業 はばたき助成申請書

(あて先) 社会福祉法人名古屋市中川区社会福祉協議会会長

申請者 (団体・グループ名)	
代表者氏名	⑩
代表者住所 電話番号	〒 区 電話番号 () - F A X () -
助成申請額	円
審査会出席人数	出席 (名予定)

- 添付書類 (1) 平成25年度事業計画または活動計画書(予定表)
(2) その他、ちらしなど活動状況のわかる資料
(3) 見積書 ※ 備品を購入する場合

★ 評価内容をご確認のうえ、ご申請ください。

評価内容		チェック
①必要性	区民の福祉ニーズに合致していて、中川区の福祉推進に必要な活動ですか？ 特定の会員だけを対象とした自助的な事業でなく、参加者拡大のための広報をしていますか？	<input type="checkbox"/>
②継続性	事業が単発でなく、また継続的な効果が期待できますか？ 団体の今までの活動実績はありますか？	<input type="checkbox"/>
③財政状況	効率的・有効に経費が活用されていますか？ 参加者の自己負担なく、助成金のみで運営していませんか？	<input type="checkbox"/>
④協働性	今後、本会・地域福祉推進協議会・社会福祉施設・ボランティアグループなどと協働での取り組みができますか？	<input type="checkbox"/>
⑤先駆性・発展性	新しい福祉課題を解決する先駆的な取り組みですか？ これまでの活動を発展(拡大)させていますか？新たな発展が見込めますか？	<input type="checkbox"/>
⑥広域性	対象となる住民を広く設定していますか？	<input type="checkbox"/>

(裏面あり)

(様式1)

事業概要			
事業名			
事業のねらい			
具体的な事業内容			
期待される効果			
実施時期・期間		開催場所	
参加対象			
収支予算	収入		支出
	地域の底力応援助成金 円		
	参加者負担金(1人年額) 円 円		
	収入 円		

団体等・活動の概要			
団体名 グループ名			
活動開始年月	昭和 平成 年 月	活動・参加 人数	人
対象分野	高齢者・障がい者・子ども・その他 ()		
主な活動場所		活動の 日時等	
参加費の有無	有 (円) ・ 無		
活動目的 具体的な 活動内容			